

# VU Research Portal

## De zorg voor de psychisch gestoorde delinquent. Een verhandeling over 'ontzuiling en verzuiling'

Raes, B.C.M.

### **published in**

Constance waarden, Liber Amicorum prof. mr. C. Kelk  
2008

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Raes, B. C. M. (2008). De zorg voor de psychisch gestoorde delinquent. Een verhandeling over 'ontzuiling en verzuiling'. In A. A. Franken, M. de Langen, & M. Moerings (Eds.), *Constance waarden, Liber Amicorum prof. mr. C. Kelk* (pp. 547-552). (Pompe reeks; No. 50). Boom Juridische uitgevers.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# De zorg voor de psychisch gestoorde delinquent

*Een verhandeling over 'ontzuiling en verzuiling'*

*Dick Raes*

## Inleiding

De jarenlange betrokkenheid van Constantijn Kelk bij onder meer de psychisch gestoorde delinquent is genoegzaam bekend. Hij schreef onlangs in de slotparagraaf van zijn bijdrage aan *Tussen behandeling en straf*: 'De samenwerking van het tbs-veld met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een onontkoombare realiteit, niet alleen in de optiek van de tijdelijke parlementaire commissie onderzoek tbs, maar ook naar de mening van vele tbs-deskundigen voordien.'<sup>1</sup>

In deze bijdrage plaats ik een aantal kanttekeningen bij deze stellige uitspraak. Misschien zijn noodzaak tot of behoefte aan samenwerking vooralsnog betere termen dan onontkoombare realiteit.

Deze noodzaak tot samenwerking wordt niet altijd in gelijke mate ervaren in beide stelsels: deze wordt doorgaans sterker gevoeld in de forensische psychiatrie dan in de geestelijke gezondheidszorg. Wellicht is de volgende formulering beter: sterker in het strafrechtelijk stelsel dan in de voorzieningen van de ggz. Immers, als de belangen en behoeften gelijkelijk verdeeld zouden zijn, eventueel met aangepaste juridische en financiële randvoorwaarden, dan zou deze samenwerking al vele jaren eerder en zonder alle rapporten die er inmiddels over zijn verschenen, tot stand gekomen zijn. In een aantal landen vallen de zorg voor gedetineerden met een psychische stoornis en de behandeling in forensisch psychiatrische klinieken onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid.

In ons land moet deze zorg tot stand komen door samenwerking tussen twee ministeries. Is er sprake van verschillen in visie tussen beide ministeries, dat wil zeggen in niet te combineren verschillen in ieders verantwoordelijkheid, of is het de vraag op welk niveau van beleid en uitvoering daadwerkelijke besluitvorming hierover te wensen over laat?

In hoofdzaak gaat het hierbij om twee groepen justitiabelen die lijden aan een psychische stoornis: ongeveer 10% van de populatie in het Nederlandse gevangeniswezen en de tbs-gestelden verblijvend in daartoe aangewezen inrichtingen. Bij de eerstgenoemde groep gaat het over de vraag of het penitentiaire systeem voldoende uitgerust is om te voorzien in de zorgbehoefte van deze groep, inclu-

---

<sup>1</sup> C. Kelk, Honderd jaar debat over (straf)recht en psychiatrie, in: F. Koenraadt e.a. (red.), *Tussen behandeling en straf*, Deventer: Kluwer 2007, p. 75-134.

sief aansluitende vervolgvorzieningen na ontslag uit detentie. Bij de tweede groep betreft het vooral voorzieningen die voortgezette zorg kunnen bieden als het benodigde beveiligingsniveau van de tbs-kliniek niet langer nodig is maar terugkeer naar de samenleving een te groot risico vormt. Voor beide groepen geldt de wettelijke opdracht dat de tenuitvoerlegging van straf en maatregel moet bijdragen aan of leiden tot een verantwoorde terugkeer in de samenleving.

### Recente adviezen

In 2001 verschijnt het rapport *Veilig en wel, een beleidsvisie op de tbs*, tot stand gekomen door het werk van een breed samengestelde commissie, naar haar voorzitter ook wel de commissie-Kosto genoemd.<sup>2</sup> Het rapport beargumenteert twee visies op de toekomst van de verhouding tussen de tbs-sector en de ggz, die ook in het verlengde van elkaar zouden kunnen worden uitgevoerd.

Terzijde kan worden opgemerkt dat deze commissie werd ingesteld en aan het werk ging terwijl het ministerie van Justitie vrijwel tegelijkertijd aan de slag ging met een ambitieus (of pretentieus?) *Verbetertraject TBS* als vervolg op de door het kabinet overgenomen aanbevelingen van de IBO II (het tweede interdepartementale beleidsonderzoek *Over Stromen*). De onderwerpen hiervan vertoonden voor een deel een overlap met de opdracht aan de commissie-Kosto, met name waar het de uitstroom uit de tbs-sector betreft. Dit is overigens slechts een van de voorbeelden uit de jaren negentig tot nu toe, waarin het ene rapport na het andere verscheen over kwesties waarin de tenuitvoerlegging van de maatregel tbs aan de orde gesteld werd. Als meest recente voorbeelden gelden de aanbevelingen van de tijdelijke parlementaire onderzoekscommissie tbs (naar haar voorzitter ook wel de commissie-Visser genoemd) en het advies over de tbs-longstay van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

Terug naar 'Kosto': de eerste optie behelsde een verdergaande regionale samenwerking van de ggz en de tbs-sector. In feite betekende dit een voortzetting van het kabinetsbeleid: de samenwerking tussen tbs-klinieken en de ggz wordt verder vorm gegeven, maar de tbs-klinieken behouden in de regionale circuits voor forensische psychiatrie een aparte status. In de tweede optie worden de tbs-klinieken geïntegreerd in de ggz. Deze zou, zoals gezegd, gestalte kunnen krijgen in het verlengde van de eerste optie. Het kabinet stemde niet in met dit tweede voorstel.

De titel van het artikel van Mevis 'Gevangeniswezen, TBS en GGZ: goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst' spreekt voor zich en de inhoud laat zien dat er ten aanzien van samenwerking (lees: ontzuiling) nog heel wat zou moeten gebeuren.<sup>3</sup>

In aanvulling op het betoog van Mevis zou het aantal zuilen uitgebreid kunnen worden met voorzieningen waaraan ook een zekere mate van autonomie eigen is. De zuilen betreffen niet alleen de zorg voor gedetineerden met een

2 Commissie Beleidsvisie TBS, *Veilig en wel, een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag 2001.

3 P. Mevis, *Gevangeniswezen, TBS en GGZ: goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst*, DD 2006, p. 719-733.

psychische stoornis, de tbs-sector en de ggz, maar ook de forensische verslavingszorg en de reclassering. Als enigszins aparte zuil zou hieraan kunnen worden toegevoegd het zorgcircuit voor mensen met een verstandelijke handicap die met de strafrechter in aanraking zijn gekomen. Inmiddels heeft zich een nieuwe zuil aangediend: de forensisch psychiatrische poliklinieken waarvan het aantal in korte tijd snel is toegenomen. Deze bieden voor een deel een behandelingsaanbod aan een nieuwe doelgroep: de plegers van huiselijk geweld, al dan niet op basis van een sepot, schorsing of vonnis met bijzondere voorwaarden.

De belangrijkste analyse uit het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling *Strafen zorg: een paar apart* luidt: de systemen (het straf- en het zorgsysteem) passen niet bij de problemen.<sup>4</sup> In een van zijn aanbevelingen schrijft de raad dat niet de keuze tussen straf- of zorgsysteem de interventie moet bepalen, maar eerst moet worden vastgesteld welke de doelen zijn: wat willen we eigenlijk met deze groep bereiken als het gaat om bijvoorbeeld schuldvergeldding, recidivevermindering en preventie? De volgende stap zou moeten zijn het zoeken naar passende interventies die deze doelen ondersteunen. Gewenste doelstellingen zijn onder meer resocialisatie, recidivevermindering en welzijn van patiënt/dader en slachtoffer.

### De stand van zaken

Inspanningen zijn er vooral op gericht om de uitstroom uit de tbs-sector naar de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Deze stagnerende uitstroom werd gezien als een van de oorzaken van de capaciteitsproblemen in de tbs-sector. Het was immers duidelijk geworden dat een steeds groter aantal tbs-gestelden via proefverlof aangewezen was op een vervolgvoorziening in de ggz of op (of gevolgd door) een plaats in een vorm van beschermd wonen. Veranderingen in de criminologische en psychopathologische kenmerken van de tbs-populatie sinds het begin van de jaren tachtig zijn er mede debet aan dat een afnemend aantal tbs-gestelden rechtstreeks geresocialiseerd kon worden in de samenleving.

Om de geestelijke gezondheidszorg minder terughoudend te maken in haar aanbod justitiabelen op te nemen werd besloten tot het vestigen van kleinschalige forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) met meer personeel en hogere beveiliging dan 'gewone' ggz-opnameafdelingen. Deze werden onder de hoede gebracht van grotere ggz-instellingen. Een soortgelijk beleid werd ingesteld door tbs-klinieken de mogelijkheid te geven om zelf plaatsen in te kopen bij regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Deze ontwikkelingen sluiten aan bij het eerste advies van de eerder genoemde commissie-Kosto, om te komen tot regionale forensisch psychiatrische zorgcircuits. Evenwel bleken deze nieuwe initiatieven in absolute zin slechts een beperkte invloed te hebben op de totale uitstroom van tbs-gestelden.<sup>5</sup>

4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Strafen zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Amsterdam: SWP 2007.

5 J. van Vliet, *De Tbs in zijn maatschappelijke context* (diss. Tilburg), Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2006.

Tegelijkertijd hebben zich in de tbs-sector zelf belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. De tbs-klinieken, in omvang toegenomen, hebben sinds geruime tijd een traject ingezet van interne differentiatie, later mede aangezet door de aselechte toewijzing van nieuw op te nemen tbs-gestelden.

Er ontstonden extra beveiligde afdelingen, opnameafdelingen, afzonderlijke afdelingen voor tbs-gestelden met persoonlijkheidsstoornissen, met een psychotische kwetsbaarheid, met pervasieve ontwikkelingsstoornissen, voor zedendelinquenten, gesloten en open resocialisatieafdelingen (al dan niet op het terrein van de inrichting zelf) en extramurale voorzieningen (door de kliniek aangekochte huizen buiten de inrichting). Een enkele kliniek beheert binnen het terrein van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis een afdeling voor chronisch psychotische tbs-gestelden.

Deze interne differentiatie binnen de tbs weerspiegelt onder meer een glijdende schaal van beveiligingsniveaus. Een verdere (tijdelijke?) differentiatie is terug te vinden in het beschikbaar stellen van afdelingen voor tbs-gestelden binnen het penitentiaire systeem, onder beheer van min of meer nabijgelegen tbs-klinieken. Deze afdelingen worden door de betrokken klinieken op verschillende wijzen benut: opnameafdelingen, afdelingen voor ongemotiveerden, voor psychotici, voor ongewenst verklaarde vreemdelingen met tbs, voor longstay-patiënten. Deze laatste groep is vooral terug te vinden in de sinds 1999 gevestigde longstay-afdelingen, als aparte externe differentiatie (op dit ogenblik 'goed' voor een 'uitstroom' van meer dan 160 tbs-gestelden).

### Enkele vragen

Op de eerste plaats lijken zich met betrekking tot de uitstroom uit de (intramurale) tbs twee parallelle ontwikkelingen voor te doen. De eerste betreft de uitstroom in samenwerking met de ggz, de tweede is een resocialisatietraject vanuit de tbs-sector zelf. (Een afzonderlijke en zorgwekkende 'uitstroom' is die naar longstay-afdelingen.)

Deze ontwikkelingen roepen onder meer de vraag op of de groepen tbs-gestelden in elk van de twee uitstroomtrajecten zodanig van elkaar te onderscheiden zijn dat daardoor deze verschillen op inhoudelijke gronden te verdedigen zijn. Men zou kunnen denken aan het belang van continuïteit van behandeling binnen dezelfde organisatie of aan de kenmerken van een groep die specifiek forensisch psychiatrisch toezicht vereist dan de ggz-groep. Bij mijn weten zijn hierover geen gegevens bekend.

Betekent dit dat deze twee ontwikkelingen, gezien de capaciteitsproblemen, zich noodgedwongen hebben voorgedaan? Dit lijkt in ieder geval te gelden voor de beslissing tbs-plaatsen binnen het gevangeniswezen te realiseren. In algemene zin kan men zich afvragen of het ministerie van Justitie zich niet primair heeft laten leiden door de druk van de capaciteitsproblemen en de inhoudelijke koersbepaling heeft overgelaten aan de individuele of gezamenlijke tbs-klinieken.

Men zou kunnen spreken van een rijk en gedifferentieerd scala aan voorzieningen voor een sterk gemêleerde groep van forensisch psychiatrische patiënten, waar menig land jaloers op zou kunnen zijn. Maar noopt deze complexiteit niet

eveneens tot een gedifferentieerde indicatiestelling met het oog op het adagium: de juiste patiënt op de juiste plaats? Zou een 'gelijksoortige' patiënt in de ene kliniek hetzelfde traject afleggen wanneer hij in een andere kliniek terecht was gekomen? Zou, als meer bekend was over elke individuele tbs-gestelde bij aanvang van de terbeschikkingstelling, een gerichter plaatsingsadvies gegeven kunnen worden? En daarop aansluitend, zou met betrekking tot de verdere tenuitvoerlegging van de tbs een (meer dwingende?) individuele indicatiestelling aan het einde van de intramurale tbs-behandeling niet wenselijk zijn op basis van een aantal overeengekomen criteria, die breder zijn dan de resultaten van toegepaste risicotaxatie-instrumenten?

Inmiddels tekent zich een nieuwe ontwikkeling af. Steeds groter wordende ggz-organisaties gaan op bestuurlijk niveau verbindingen aan met zich in omvang en aanbod uitbreidende tbs-klinieken, ook als deze geografisch niet altijd voor de hand liggen. Evenals de organisatorische expansie van de ggz-organisaties kent de forensische psychiatrie nu ook haar maatschappelijk ondernemingschap. De vraag is of deze bestuurlijke megaorganisaties zullen bijdragen aan wat Kelk bedoelde met samenwerking als onontkoombare realiteit. Het zal niet vreemd klinken als in dit verband gewezen wordt op de kritiek die de schaalvergroting in het onderwijs heeft getroffen. Immers, de afstand van bestuur tot primair proces wordt hierdoor in ieder geval vergroot.

Tenslotte, wat zal in de toekomst de zorgfunctie van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP: de samenvoeging van het Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Diensten) gaan inhouden?

### **Het tweesporenbeleid**

Tijdens de gehele rechtsgang van een justitiabele, die lijdt aan een psychische stoornis, zijn er (wettelijke) mogelijkheden die erin voorzien dat de betreffende patiënt die zorg krijgt die hij nodig heeft en/of die noodzakelijk geacht wordt met het oog op recidivepreventie. Naast beslissingen die als bijzondere voorwaarde inhouden behandeling of toezicht in een van de bovengenoemde zuilen (ggz, forensische verslavingszorg, forensisch psychiatrische poliklinische behandeling, reclasseringstoezicht) verschaffen artikel 15 Pbw en artikel 13 Sr de mogelijkheid tot plaatsing van een gedetineerde in een intramurale ggz-voorziening, respectievelijk een tbs-inrichting. Voor zover bekend wordt van de eerste mogelijkheid weinig en van de tweede mogelijkheid in het geheel geen gebruik gemaakt (vanwege de capaciteitsproblemen in de tbs-sector).

Tegelijkertijd worden in het gevangeniswezen onder de naam Vernieuwing Forensische Zorg voorbereidingen getroffen voor het vestigen van vijf regionale vrij omvangrijke zorgcentra voor gedetineerden met extra zorgbehoefte met in totaal 700 plaatsen. De bestaande kleinschalige differentiaties binnen het gevangeniswezen, (bijzondere) individuele begeleidingsafdelingen ((B)IBA's) en de forensische schakelunits (FSU's) zullen hier in opgaan. De FOBA in Amsterdam en het penitentiaire ziekenhuis in Den Haag behouden hun landelijke functie maar gaan elk deel uit maken van een van deze zorgcentra. Het is de bedoeling dat deze zorgcentra gaan voldoen aan de kwaliteitseisen die gelden voor de ggz-

instellingen, zoals de kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet beroepen in de gezondheidszorg (Wet Big) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo).

Het ligt in de bedoeling dat het ministerie van Justitie, met behulp van de gelden die uit het AWBZ-fonds zijn overgemaakt naar het budget van het ministerie, de benodigde zorg voor deze nieuwe centra gaat inkopen bij de ggz.<sup>6</sup>

Het is de vraag wat deze ontwikkelingen zullen inhouden in verband met de inhoud van dit betoog. Wordt hiermee een betere samenwerking beoogd met de ggz (ontzuiling of integratie), of gaat het om een verdere verzuiling? Inhoudelijk kan de vraag gesteld worden of hiermee de eigenheid van de penitentiaire psychiatrie (tegenwoordig ook wel Prison Mental Health Care genoemd) bevorderd wordt of teloor gaat.

### Conclusie

Uiteraard is bovenstaand betoog geen complete weergave van alle implicaties die de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten met zich brengen. Wel blijkt de onontkoombare realiteit van de samenwerking tussen het tbs-veld en de ggz weerbarstiger dan Kelk en velen met hem het zouden wensen. Er blijken tegelijkertijd allerlei ontwikkelingen gaande, die zowel kenmerken van ontzuiling als van toegenomen verzuiling met zich brengen. Een van de problemen die zich hierbij voordoet is de (relatieve) autonomie van de deelnemers aan de forensisch psychiatrische zorg. Een tweede probleem, dat hiermee samenhangt, is het verschil in doelstelling van de participerende instellingen en de daarmee gepaard gaande opvatting over verantwoordelijkheden. Dit probleem belemmert continuïteit van zorg tussen de verschillende (keten-?)partners.

Coherente beleidsmatige aansturing van processen om tot ontzuiling te komen stuit op de (rechtspositionele, maatschappelijke en ideologische) heterogeniteit van de betrokken instellingen, die mede door hun autonome positie samenwerking en vloeiende aansluiting niet vanzelfsprekend maken. Bovendien blijken uitgesproken intenties tot samenwerking lang niet altijd te stroken met de realiteit. Hiermee wordt bedoeld de (dagelijkse) gang van zaken in de praktijk.

Er lijken in ieder geval twee mogelijkheden of voorwaarden te zijn om tot verbetering van de huidige situatie te komen. De eerste is om door onderzoek meer inzicht te krijgen in patiëntenstromen. De tweede is, om met Mevis te spreken, het vestigen van regionale regie- c.q. indicatiecentra, waarbij de instellingen, betrokken bij de forensisch psychiatrische zorg, een deel van hun autonomie afstaan aan deze centra en zich tot geïndiceerde zorg verplichten.

---

6 Voor een overzicht: J. Bleeker en P. Stalman, Psychiatrische voorzieningen in het gevangeniswezen, in: B. Raes en F. Bakker (red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht*, Deventer: Kluwer 2007, p. 161-173.